

H-Arzt-System und D-Arzt-Aufgaben

Sind die Unterschiede noch sinnvoll?

Die Frage, ob die Unterschiede zwischen D- und H-Arzt-Verfahren noch sinnvoll sind, lässt den Verdacht aufkommen, dass es möglicherweise gar keinen Unterschied zwischen den beiden Verfahren mehr gibt. Bevor die Frage nach der „Sinnhaftigkeit“ zu beantworten ist, sind zunächst die generellen Unterschiede, aber auch die Gemeinsamkeiten der beiden Heilverfahren darzustellen.

Geschichtliche Entwicklung des D- und H-Arzt-Verfahrens

Mit den Richtlinien für die berufsgenossenschaftliche Heilfürsorge aus dem Jahr 1925 schufen die berufsgenossenschaftlichen Spitzenverbände die Grundlage für eine sachgemäße Heilfürsorge für das berufsgenossenschaftliche Heilverfahren. Dabei wurde u. a. das Durchgangsarztverfahren (D-Arzt-Verfahren) installiert.

Der D-Arzt beurteilte seinerzeit bereits, ob die Fürsorge der Krankenkasse ausreicht oder ob besondere Heilmaßnahmen notwendig sind – Kriterien, die man in ähnlicher Weise noch immer im Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger wiederfindet. Schon damals musste der Durchgangsarzt in der Beurteilung und Behandlung von Unfallverletzten besonders erfahren, fachärztlich ausgebildet (Chirurg oder Orthopäde) und ausschließlich fachärztlich tätig sein. Durch die für die damalige Zeit sehr hohen Anforderungen der unfallmedizinischen Ausbildung, Facharztstätigkeit, Praxiseinrichtung und Dienstbereitschaft, besonders bei den niedergelassenen Ärzten, und der damit ver-

bundenen noch geringen Anzahl an D-Ärzten, wurde – bedingt durch die Fassung des Unfallneuregelungsgesetzes – ab 01.01.1964 die Grundlage für das H-Arzt-Verfahren gelegt, das alle fachlich befähigten und entsprechend ausgestatteten Ärzte an der Durchführung der berufsgenossenschaftlichen Heilbehandlung, also dem neuen H-Arzt-Verfahren, beteiligen sollte [1].

Die ersten H-Arzt-Richtlinien sahen keine besondere Facharzteigenschaft vor. Der – im Regelfall – niedergelassene Hausarzt musste im Rahmen seiner Aus- und Fortbildung über unfallmedizinische Kenntnisse verfügen. Seine Praxis musste die notwendigen Ausstattungsmerkmale, wie eine eigene Röntgenanlage und getrennte Räumlichkeiten für septische und aseptische Eingriffe, aufweisen. So wurde das Durchgangsarztverfahren durch die Hinzunahme des H-Arzt-Verfahrens ergänzt, um ein flächendeckendes medizinisches Versorgungssystem für die Unfallverletzten der gesetzlichen Unfallversicherung zu installieren.

Aktuelle Situation des D- und H-Arzt-Verfahrens

Die Landesverbände der gewerblichen Berufsgenossenschaften haben bundesweit über 3500 niedergelassene sowie an Kliniken tätige Ärzte vertraglich in das Durchgangsarztverfahren eingebunden. Daneben sind etwa 3200 Ärzte bundesweit am H-Arzt-Verfahren beteiligt.

Der Durchgangsarzt muss zum Führen der deutschen Facharztbezeichnung

„Chirurgie“ oder „Orthopädie und Unfallchirurgie“ berechtigt und als solcher niedergelassen oder an einem Krankenhaus oder an einer Klinik fachlich und fachlich-organisatorisch weisungsfrei tätig sein. Er muss darüber hinaus – und dies ist der gravierende Unterschied zum H-Arzt-Verfahren – über die deutsche Schwerpunktbezeichnung „Unfallchirurgie“ oder die Zusatzbezeichnung „Spezielle Unfallchirurgie“ verfügen.

Für die Beteiligung eines Bewerbers am H-Arzt-Verfahren ist der Facharzt für Orthopädie bzw. Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie ausreichend. Ersatzweise kann er nach seiner Approbation eine mindestens 2-jährige unfallmedizinische Tätigkeit in einer mit einem Durchgangsarzt besetzten Krankenhausabteilung nachweisen. Im Regelfall werden derzeit von den Landesverbänden der gewerblichen Berufsgenossenschaften überwiegend niedergelassene Orthopäden am H-Arzt-Verfahren beteiligt.

Ein wesentlicher Unterschied zwischen den beiden Verfahren ist die Verpflichtung des Durchgangsarztes zur unfallärztlichen Bereitschaft, die mindestens in der Zeit von Montag bis Freitag von 08.00–18.00 Uhr und Samstag mit der Möglichkeit durchgangsarztlicher Vertretungsregelung von 08.00–13.00 Uhr zu gewährleisten ist. Eine vergleichbare Verpflichtung gibt es für den H-Arzt nicht.

Die H-Arzt-Beteiligung wird seit dem 01.01.2006 nur noch an niedergelassene Ärzte vergeben. Zwar besteht sowohl für die d- als auch für die h-ärztliche Tätigkeit die Verpflichtung der persönlichen Aus-



Hauptverband
der gewerblichen
Berufsgenossenschaften e.V.



Bundesverband
der landwirtschaftlichen
Berufsgenossenschaften e.V.



Bundesverband
der Unfallkassen e.V.
(BUK)

Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach § 34 SGB VII zur Beteiligung am Durchgangsarztverfahren

(in der Fassung vom 1. Januar 2005)

aufgestellt von dem Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, dem Bundesverband der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften und dem Bundesverband der Unfallkassen

1 Präambel

Am Durchgangsarztverfahren wird ein Arzt beteiligt, der

1.1 gewährleistet, dass Qualität und Wirksamkeit der Leistungen zur Heilbehandlung und Rehabilitation dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen,

1.2 über die unter 2. – 4. genannte fachliche Befähigung, personelle und sächliche Ausstattung verfügt,

1.3 persönlich geeignet ist und

1.4 zur Übernahme der Pflichten nach 5. bereit ist.

2 Fachliche Befähigung

2.1 Der Durchgangsarzt muss zum Führen der deutschen Facharztbezeichnung „Chirurgie“ oder „Orthopädie und Unfallchirurgie“ berechtigt und als solcher niedergelassen oder an einem Krankenhaus oder einer Klinik fachlich und fachlich-organisatorisch weisungsfrei tätig sein. Er muss darüber hinaus über die deutsche Schwerpunktbezeichnung „Unfallchirurgie“ oder über die Zusatzbezeichnung „Spezielle Unfallchirurgie“ verfügen.

2.2 Ein Arzt, der die Voraussetzungen nach 2.1 erfüllt, diese aber im Ausland erworben hat, muss für die Beteiligung als Durchgangsarzt zum Erwerb der Kenntnisse nach 2.3.1 und 2.3.2 nach der Facharztanerkennung ein Jahr bei einem Durchgangsarzt tätig gewesen sein.

2.3 Erforderlich sind ferner

2.3.1 eingehende Erfahrungen im durchgangsarztlichen Berichtswesen und in der Gutachtenerstellung,

2.3.2 eingehende Erfahrungen in der Einleitung von Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft.

2.3.3 Teilnahme an einem Seminar zur Einführung in die Durchgangsarztstätigkeit, das nicht länger als zwei Jahre zurück liegt,

2.3.4 eine nach der Facharzt-Weiterbildung ausgeübte unfallchirurgische Tätigkeit, die nicht länger als drei Jahre unterbrochen worden ist, es sei denn, der Bewerber weist noch genügende unfallchirurgische Kenntnisse nach.

3 Personelle Ausstattung

Es müssen mindestens zwei medizinische Assistenzkräfte ständig anwesend sein, davon mindestens eine mit abgeschlossener Ausbildung. Werden physiotherapeutische Leistungen in der Praxis des Arztes erbracht, muss zusätzlich eine entsprechende Fachkraft vorhanden sein.

4 Sächliche Ausstattung

4.1 Die hygienischen Anforderungen an die baulich-funktionelle und betrieblich-organisatorische Gestaltung richten sich entsprechend der besonderen Aufgabenstellung in der unfallchirurgischen Versorgung nach den Bestimmungen des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) und den auf seiner Grundlage entwickelten „Anforderungen der Hygiene bei Operationen und anderen invasiven Eingriffen“ des Robert-Koch-Instituts, Berlin (RKI-Empfehlungen) (S. 644 ff. Bundesgesundheitsblatt 8/2000). Zu beachten ist Punkt 5 (Ambulante Operationen) der RKI-Empfehlungen.

Für die Mindestanforderungen an die bauliche, apparativ-technische und hygienische Ausstattung gilt ergänzend die „Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung ambulanter Operationen“ in der jeweils gültigen Fassung.

4.2 Die Praxis soll für nicht gehfähige Unfallverletzte zugänglich und entsprechend ausgestattet sein.

4.3 Neben ausreichenden Untersuchungs- und Behandlungsräumen müssen mindestens vorhanden sein:

4.3.1 Zwei Eingriffsräume für invasive Eingriffe, getrennt für Eingriffe bestimmten Kontaminationsgrades

4.3.2 Umkleidemöglichkeit für das Personal mit Waschbecken und Möglichkeit zur Händedesinfektion und zur Entsorgung (in Zuordnung zu den Eingriffsräumen)

4.3.3 Geräte-, Vorrats- und Sterilisationsraum (mit normenentsprechender Sterilisationsmöglichkeit), Aufbereitungsbereich

4.3.4 Umkleidebereich für Patienten

4.3.5 Ruheraum für Patienten

4.3.6 Röntgenraum mit einer Röntgenanlage mindestens der Anwendungsklasse II der Röntgen-Apparate-Richtlinien der Kassenärztlichen Vereinigung

4.3.7 Wartezone

4.3.8 ausreichende Einrichtungen zur Archivierung

5 Pflichten

5.1 Der Durchgangsarzt verpflichtet sich, die durchgangsarztliche Tätigkeit in Übereinstimmung mit den Regelungen und unter Anwendung des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger (Ärztevertrag) in der jeweils geltenden Fassung auszuüben.

Der Durchgangsarzt verpflichtet sich ferner:

5.2 die durchgangsarztliche Tätigkeit persönlich und unter Beachtung der Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit auszuüben,

Abb. 1 ▲ Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach §34 SGB VII zur Beteiligung am Durchgangsarztverfahren, in der Fassung vom 01.01.2005 [2]

5.3 unfallärztliche Bereitschaft mindestens in der Zeit Montag bis Freitag von 8.00 bis 18.00 Uhr und Samstag - mit der Möglichkeit durchgangsarztlicher Vertretungsregelungen - von 8.00 bis 13.00 Uhr zu gewährleisten,

5.4 die für die Unfallversicherungsträger erforderlichen Dokumentationsarbeiten, Begutachtungen sowie Berichterstattungen fristgerecht durchzuführen und insbesondere Durchgangsarztberichte unverzüglich zu erstatten,

5.5 zur Teilnahme am elektronischen Datenaustausch zwischen Leistungserbringern und Unfallversicherungsträgern,

5.6 ärztliche Unterlagen einschl. Krankenblätter, Röntgenaufnahmen mindestens 15 Jahre aufzubewahren,

5.7 an Maßnahmen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger zur Qualitätssicherung und deren Umsetzung mitzuwirken,

5.8 Arbeitsunfallverletzte mit einer Verletzung nach dem Verletzungsartenverzeichnis unverzüglich einem am Verletzungsartenverfahren beteiligten Krankenhaus oder Arzt zu überweisen,

5.9 die für die Versorgung Arbeitsunfallverletzter erforderliche Ausstattung der Praxis/des Krankenhauses stets auf dem aktuellen Stand der medizinischen und medizinisch-technischen Entwicklung zu halten,

5.10 zur ständigen unfallchirurgischen Fortbildung und zur Teilnahme an mindestens einer unfallchirurgischen Fortbildungsveranstaltung pro Jahr,

5.11 zur Abgabe einer Statistik über die Durchgangsarzt-tätigkeit für die Unfallversicherungsträger bis zum 15. Februar eines jeden Jahres an den zuständigen Landesverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften,

5.12 jede Änderung in den die Tätigkeit betreffenden Verhältnissen umgehend dem zuständigen Landesverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften mitzuteilen (z. B. Praxisverlegung, räumliche Praxisumgestaltung, Änderung der Rechtsform, Umstrukturierung der Klinik),

5.13 jederzeit durch den Landesverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften die Erfüllung der Anforderungen überprüfen zu lassen

5.14 Aufforderungen der Unfallversicherungsträger im Zusammenhang mit der Steuerung des Heilverfahrens nachzukommen,

5.15 die Reha-Berater/Berufshelfer der Unfallversicherungsträger zu unterstützen.

6. Beteiligung

6.1 Die Beteiligung am Durchgangsarztverfahren erfolgt auf Antrag des Arztes durch öffentlich-rechtlichen Vertrag gem. § 53 SGB X mit dem zuständigen Landesverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften.

An einem Standort eines Krankenhauses können nicht mehrere Durchgangsarzte beteiligt werden.

Die Beteiligung endet

6.2 mit Vollendung des 68. Lebensjahres,

6.3 wenn in einem Zeitraum von fünf Jahren im Jahresdurchschnitt nicht mehr als 150 Arbeitsunfallverletzte von dem Durchgangsarzt erstversorgt wurden,

6.4 bei Praxisverlegung oder Praxisaufgabe,

6.5 bei Ausscheiden des Durchgangsarztes aus den Diensten des Krankenhauses, in dem die D-Arzt-Tätigkeit ausgeübt wird,

6.6 bei Kündigung wegen wiederholter Pflichtverletzung,

6.7 bei Kündigung nach Maßgabe des § 59 SGB X.



Hauptverband
der gewerblichen
Berufsgenossenschaften e.V.



Bundesverband
der landwirtschaftlichen
Berufsgenossenschaften e.V.



Bundesverband
der Unfallkassen e. V.
(BUK)

Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach § 34 SGB VII zur Beteiligung am H-Arzt-Verfahren

(in der Fassung vom 1.1.2006)

aufgestellt vom Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, dem Bundesverband der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften und dem Bundesverband der Unfallkassen

1 Präambel

Am H-Arzt-Verfahren werden nur niedergelassene Ärzte in ihrer Praxis beteiligt, die

1.1 gewährleisten, dass Qualität und Wirksamkeit der Leistungen zur Heilbehandlung und Rehabilitation dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen,

1.2 über die unter 2 – 4 genannte fachliche Befähigung, personelle und sächliche Ausstattung verfügen,

1.3 persönlich geeignet sind

1.4 zur Übernahme der Pflichten nach 5 bereit sind.

2 Fachliche Befähigung

2.1 Der Arzt, der nicht Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie ist, muss nachweisen, dass in seiner Zeit der ärztlichen Tätigkeit nach der Approbation eine mindestens zweijährige unfallmedizinische Tätigkeit in einer mit einem Durchgangsarzt besetzten Krankenhausabteilung enthalten ist.

2.2 Von einer Tätigkeit bei einem niedergelassenen Durchgangsarzt oder von einer Tätigkeit in einer orthopädischen Klinik oder orthopädischen Abteilung eines Krankenhauses können bis zu sechs Monate auf die unfallmedizinische Tätigkeit nach 2.1 angerechnet werden, soweit sie nach der Approbation absolviert worden ist.

2.3 Bei einem Facharzt für Orthopädie kann auf die zwei Jahre nach 2.1 das nach den Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern abzuleistende eine Jahr Chirurgie angerechnet werden, wenn es ohne fakultative Anrechnungszeiten und nach der Approbation absolviert worden ist.

2.4 Sollen Anrechnungszeiten nach 2.2 und 2.3 berücksichtigt werden, die im Ausland absolviert wurden, muss der Arzt zum Erwerb der Kenntnisse nach 2.5.1 und 2.5.2 eine mindestens 6-monatige Tätigkeit in einer mit einem Durchgangsarzt besetzten Krankenhausabteilung nachweisen.

2.5 Erforderlich sind ferner

2.5.1 eingehende Erfahrungen in der für die Unfallversicherungsträger erforderlichen Dokumentation und Berichterstattung und in der Gutachtenerstellung,

2.5.2 Erfahrungen in der Einleitung von Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft,

2.5.3 Kenntnisse in der erforderlichen Röntgentechnik und Röntgendiagnostik,

2.5.4 Teilnahme an einem Seminar zur Einführung in die H-Arzt-Tätigkeit,

2.5.5 eine nach der Approbation ausgeübte unfallmedizinische oder operativ-orthopädische Tätigkeit, die nicht länger als drei Jahre unterbrochen worden ist, es sei denn, der Bewerber weist noch genügende unfallmedizinische Kenntnisse nach.

3 Personelle Ausstattung

Es müssen zwei medizinische Assistenzkräfte in der Praxis sein.

4 Sächliche Ausstattung

- Warteraum
- Behandlungsraum
- zwei Eingriffsräume für invasive Eingriffe getrennt für Eingriffe bestimmten Kontaminationsgrades
- Röntgenanlage mindestens der Anwendungsklasse II der Röntgenapparate-Richtlinien der Kassenzentralen Bundesvereinigung
- normentsprechende Sterilisationsmöglichkeit
- ausreichende Ausstattung mit Instrumenten für die Behandlung von Unfallverletzten
- ausreichende Einrichtung zur Archivierung

5 Pflichten

5.1 Der H-Arzt verpflichtet sich, die H-ärztliche Tätigkeit in Übereinstimmung mit den Regelungen und unter Anwendung des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger in der jeweils geltenden Fassung auszuüben.

Der H-Arzt verpflichtet sich ferner:

5.2 die H-ärztliche Tätigkeit persönlich und unter Beachtung der Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit auszuüben,

5.3 die für die Unfallversicherungsträger erforderlichen Dokumentationsarbeiten, Begutachtungen sowie Berichterstattungen fristgerecht durchzuführen und insbesondere H-Arzt-Berichte unverzüglich zu erstatten,

5.4 zur Teilnahme am elektronischen Datenaustausch zwischen Leistungserbringern und Unfallversicherungsträgern,

5.5 ärztliche Unterlagen einschl. Krankenblätter, Röntgenaufnahmen mindestens 15 Jahre aufzubewahren,

5.6 Arbeitsunfallverletzte mit einer Verletzung nach dem Verletzungsartenverzeichnis unverzüglich einem am Verletzungsartenverfahren beteiligten Krankenhaus oder Arzt zu überweisen,

5.7 die für die Versorgung Arbeitsunfallverletzter erforderliche Ausstattung der Praxis stets auf dem aktuellen Stand der medizinischen und medizinisch-technischen Entwicklung zu halten,

5.8 zur ständigen unfallmedizinischen Fortbildung und zur

Abb. 2 ▲ Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach § 34 SGB VII zur Beteiligung am H-Arzt-Verfahren, in der Fassung vom 01.01.2006 [3]

Teilnahme an mindestens einer unfallmedizinischen Fortbildungsveranstaltung pro Jahr,

5.9 Aufforderungen der Unfallversicherungsträger im Zusammenhang mit der Steuerung des Heilverfahrens nachzukommen,

5.10 die Reha-Berater/Berufshelfer der Unfallversicherungsträger zu unterstützen,

5.11 zur Abgabe einer Statistik über die Tätigkeit für die Unfallversicherungsträger bis zum 15. Februar eines jeden Jahres an den zuständigen Landesverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften,

5.12 jede Änderung in den die H-Arzt-Tätigkeit betreffenden Verhältnissen umgehend dem zuständigen Landesverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften mitzuteilen (z. B. Praxisverlegung, räumliche Praxisumgestaltung, Änderung der Rechtsform),

5.13 jederzeit durch den Landesverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften die Erfüllung der Anforderungen überprüfen zu lassen.

6 Beteiligung

6.1 Die Beteiligung am H-Arzt-Verfahren erfolgt auf Antrag des Arztes durch öffentlich-rechtlichen Vertrag gemäß § 53 SGB X mit dem zuständigen Landesverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften.

Die Beteiligung als H-Arzt gemeinsam mit einem Durchgangsarzt in Praxisgemeinschaft bzw. Gemeinschaftspraxis ist nicht zulässig.

Die Beteiligung endet

6.2 mit Vollendung des 68. Lebensjahres,

6.3 bei Praxisverlegung oder Praxisaufgabe,

6.4 bei Kündigung wegen wiederholter Pflichtverletzung,

6.5 bei Kündigung nach Maßgabe des § 59 SGB X.

6.6 Über den Beteiligungsantrag nach 6.1 und über die Kündigung nach 6.4/6.5 entscheidet ein Ausschuss, der sich aus Vertretern der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und des zuständigen Landesverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften zusammensetzt.

Abb. 2 ▲ Fortsetzung

K.-H. Andro

H-Arzt-System und D-Arzt-Aufgaben. Sind die Unterschiede noch sinnvoll?

Zusammenfassung

Durch das Zuweisungsverfahren der Kassen- und Hausärzte und die Möglichkeit der Nachschau übernimmt der Durchgangsarzt (D-Arzt) wichtige Aufgaben für die Steuerung und Überwachung des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens. Der H-Arzt behandelt ausschließlich die Unfallverletzten, die direkt seine Praxis aufsuchen. Ein Zuweisungsverfahren anderer Ärzte an den H-Arzt ist nach dem Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger nicht vorgesehen. Der Anteil der Unfallverletzten, die durch einen D-Arzt behandelt werden, beträgt etwa 86%, der verbleibende Anteil der Unfallverletzten, die eine unfallchirurgische Versorgung benötigen, wird von H-Ärzten und Allgemeinärzten versorgt. D-Ärzte haben eine unfallärztliche Be-

reiterschaft in der Zeit von Montag bis Freitag von 08.00–18.00 Uhr und am Samstag mit der Möglichkeit durchgangsarztlicher Vertretungsregelung von 08.00–13.00 Uhr zu gewährleisten. Für die künftige Beteiligung als D-Arzt reicht der Nachweis der Facharztbezeichnung „Orthopädie und Unfallchirurgie“ nicht aus, sondern es ist auch die Zusatzbezeichnung „Spezielle Unfallchirurgie“ erforderlich.

Schlüsselwörter

D-Arzt-Verfahren · H-Arzt-Verfahren · Steuerung des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens · Überwachung des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens · Qualifikation

Tasks of the two types of doctors available for emergency trauma treatment. Is there any point in continuing to make a difference?

Abstract

The procedure in place for health insurance-approved doctors and general practitioners and the option of checking assign important tasks in the control and monitoring of treatments paid for by the employers' liability insurance associations to the doctor in private practice who is qualified for emergency treatment (D[Durchgangs]-Arzt). The trauma doctor in private practice who has not undertaken the training for this qualification (H-Arzt) is only allowed to treat such injured persons as come to his or her practice direct. The contract between doctors and accident insurance payers has no procedure in place for other doctors to refer patients to the H-Arzt. Approximately 86% of injured patients are treated by a D-Arzt, while the remaining pa-

tients who need trauma surgery are treated by an H-Arzt or general practitioner. A D-Arzt is obliged to be available on Mondays to Fridays from 08.00 to 18.00 and to provide an on-call service on Saturdays from 08.00 to 13.00; it is permissible for the Saturday hours to be entrusted to an officially approved locum. In future a documented qualification in orthopaedics and trauma surgery will no longer be enough to allow a doctor to work as a D-Arzt; the additional specialist qualification in trauma surgery is also required.

Keywords

D-Arzt procedures · H-Arzt procedures · Control of approved treatment · Monitoring of approved treatment · Qualification

übung der Arztstätigkeit, allerdings können die Landesverbände der gewerblichen Berufsgenossenschaften ständige Durchgangsarztvertreter anerkennen, wenn diese über die gleiche fachliche Befähigung wie ein Durchgangsarzt verfügen. Diese Vertretungsregelung ist dem H-Arzt nach dem Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger nicht gegeben.

Sofern der H-Arzt nicht in der Praxis anwesend ist, sind die Unfallverletzten vom Vertreter unverzüglich einem Durchgangsarzt vorzustellen, wenn der Verletzte über den Unfalltag hinaus arbeitsunfähig ist oder die Behandlungsbedürftigkeit voraussichtlich mehr als 1 Woche beträgt. Damit ist das H-Arzt-Verfahren an Krankenhäusern nicht praktikabel.

Hinsichtlich der Überprüfung der sächlichen Ausstattung zur Beteiligung an den Heilverfahren, wie das Vorhalten zweier Eingriffsräume für invasive Eingriffe oder der Röntgenanlage, werden bei der Abnahme durch die Landesverbände der gewerblichen Berufsgenossenschaften zwischen D- und H-Arzt-Praxen keine Unterschiede gemacht.

Die weiteren detaillierten Ausstattungsmerkmale der D- und H-Arzt-Praxen sind den Anforderungen zur Beteiligung am D- und H-Arzt-Verfahren zu entnehmen [2, 3] (■ **Abb. 1, Abb. 2**).

Aktuelle Unterschiede zwischen D- und H-Arzt- Tätigkeit laut Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger

Außer der Beachtung des Verletzungsartenverzeichnisses in besonders schweren Behandlungsfällen unterliegen sowohl der D- als auch der H-Arzt keiner Behandlungseinschränkung. Diese schweren Behandlungsfälle sind unverzüglich in ein entsprechendes VAV-Krankenhaus weiterzuleiten [4]. Dies gilt ebenfalls für Behandlungen außerhalb des unfallchirurgisch/orthopädischen Behandlungsbereichs wie der Augen, des HNO-Bereichs oder bestimmten Berufskrankheiten, die besonderen Fachärzten zuzuführen sind.

Eine Vorstellungspflicht des H-Arzt an den D-Arzt ist im Arztvertrag nicht vorgesehen. Selbstverständlich kann sowohl der D- als auch der H-Arzt zur Klärung der Diagnose oder zur Mitbehand-

lung andere Ärzte hinzuziehen. Dieses gilt insbesondere für Ärzte anderer Fachrichtungen, wenn bei der Art der Verletzung der Verdacht auf eine Mitbeteiligung eines entsprechenden Organs oder Organsystems besteht. Diese Konsultationsmöglichkeit ist nur den D- und H-Ärzten vorbehalten, ebenso auch die Verordnung von Heilmitteln (KG, EAP, BGSW).

Ärzte, die keine D- oder H-Ärzte sind, haben Unfallverletzte unverzüglich einem Durchgangsarzt vorzustellen, wenn die Unfallverletzung zur Arbeitsunfähigkeit führt oder die Behandlungsbedürftigkeit voraussichtlich mehr als 1 Woche beträgt. Dieses Zuweisungsverfahren ist im H-Arzt-Verfahren nicht vorgesehen.

Der sehr hohe Anteil der erstatteten D-Arzt-Berichte resultiert zum einen aus der Überweisungspflicht der Kassen-/Hausärzte und zum anderen aus der Verpflichtung der Unternehmer/Arbeitgeber nach §24 BGV A 1, unfallverletzte Arbeitnehmer einem Durchgangsarzt vorzustellen. So beträgt die Summe der erstatteten Berichte im Durchgangsarztverfahren (2005: 2.780.207) das 7-Fache der erstatteten Berichte im H-Arzt-Verfahren (2005: 395.461) [5].

Ein weiteres besonderes Merkmal des D-Arzt-Verfahrens ist die Möglichkeit der Nachschau. Dabei handelt es sich um Behandlungsfälle, die der Durchgangsarzt aufgrund der vermeintlich geringeren Schwere zunächst in die allgemeine Heilbehandlung dem Hausarzt überweist. Bei diesen nicht in eigener Behandlung verbleibenden Unfallverletzten hat der Durchgangsarzt Nachschautermine festzusetzen. Bei weiter andauernder bestehender Arbeitsunfähigkeit sind die Unfallverletzten dem Durchgangsarzt zur nochmaligen Beurteilung an dem vorgegebenen Nachschautermin wieder vorzustellen. Diese Möglichkeit fehlt im H-Arzt-Verfahren. Der H-Arzt behandelt ausschließlich die Unfallverletzten, die in seine Praxis kommen und dort in der Behandlung verbleiben.

Der Anteil der besonderen berufsgenossenschaftlichen Heilbehandlung des H-Arztes, also auch der höheren Abrechnungsmöglichkeit gegenüber der allgemeinen Heilbehandlung, liegt bedingt durch §35 des Vertrags Ärzte/Unfallversicherungsträger bei nur etwa 10% seiner

gesamten berufsgenossenschaftlichen Behandlungsfälle.

Fazit

Der Arzt mit der spezielleren unfallchirurgischen Ausbildung, also der Durchgangsarzt, versorgt den weitaus größeren Anteil der Unfallverletzten. Durch das Zuweisungsverfahren und die Möglichkeit der Nachschau übernimmt er wichtige Aufgaben für die Steuerung und Überwachung des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens. Es liegt nicht im Interesse der Unfallversicherungsträger, den hohen Qualitätsstandard des D-Arzt-Verfahrens durch die neue Weiterbildungsordnung oder auch durch die Zusammenlegung der Facharztbezeichnungen in Frage zu stellen. Daher reicht es nach den zurzeit gültigen D-Arzt-Anforderungen eben nicht aus, die Facharztbezeichnung „Orthopädie und Unfallchirurgie“ nachzuweisen, sondern es muss auch die Zusatzbezeichnung „Spezielle Unfallchirurgie“ vorhanden sein.

Korrespondenzadresse

K.-H. Andro

Landesverband Rheinland-Westfalen
der gewerblichen Berufsgenossenschaften,
Kreuzstraße 45, 40210 Düsseldorf
service@duesseldorf.lvbg.de

Interessenkonflikt. Keine Angaben

Literatur

1. Haep F (1964) Die BG 3
2. HVBG, BLB, BUK (2005) Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach §34 SGB VII zur Beteiligung am Durchgangsarztverfahren, Fassung vom 01.01.2005. HVBG, St. Augustin
3. HVBG, BLB, BUK (2006) Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach §34 SGB VII zur Beteiligung am H-Arzt-Verfahren, Fassung vom 01.01.2006. HVBG, St. Augustin
4. DGUV (2005) Verletzungsartenverzeichnis, Fassung vom 01.01.2005. BLB, Kassel
5. Landesverbände der gewerblichen Berufsgenossenschaften: Statistik. <http://www.lvbg.de/lv/pages/statistik>